



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL
DESPACHO REGIONAL-APORTES

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	11
Código Centro	101000
Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	70824-314126

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JIMMY SANTIAGO CASTILLO GOMEZ	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.033.746.593	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jscastillo@sena.edu.co	Número de Cuenta:	007000762992
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7473946/2025	Nº Compromiso SIIF	26025	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal en el grupo de Relaciones Corporativas e Internacionales de la Regional Distrito Capital, ejerciendo el rol de abogado en vía administrativa e insolvencia, cuya finalidad es proporcionar apoyo en las diversas gestiones jurídicas relacionadas				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 9.470.482
Número de pago	10			Valor Total del Contrato:	\$ 52.087.651
Valor Bruto Pago:	\$ 4.735.241,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 4.735.241

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.735.241	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.735.241	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.783.917	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	90526031	Base retención en la fuente a título de ICA	2.783.917,00	TARIFA	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.096	\$ 1.894.096	Base retención en la fuente a título de IVA	4.195.341,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.800	\$ 236.800	Valor base IVA	0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.100	\$ 303.100	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%	
ARL	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.527,00	0,966%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Dependientes hasta	\$ 473.524		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 928.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 9.398.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 4.694.714,00		

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Proyectar y registrar las resoluciones de Aportes Parafiscales, FIC, y de sanción por el incumplimiento en la cuota de Aprendices, con Surtir el debido proceso en el trámite de los recursos de reposición que se interpongan contra las resoluciones expedidas por el SENA, Proyectar los actos administrativos relacionados con facilidades de pago por compensación realizados en esta instancia de cobro Mantener actualizados los respectivos expedientes de los deudores con el fin de asegurar que contengan los soportes de cobro y la resolución Garantizar el correcto registro diario de su gestión en el aplicativo SIREC, y de acuerdo con los Manuales publicados en compromiso

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

JIMMY SANTIAGO CASTILLO GOMEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

WOLFANG ALBERTO LATORRE MARTINEZ
PROFESIONAL G10

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033746593	JIMMY SANTIAGO CASTILLO GOMEZ		carrera 56 n 151 51 interior 1 apto 302	3204889131	santiago92-07@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-10	\$587.700				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	236.800	0		0		0	0	0	0	236.800	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	303.100	0	0	0	0	0	0	0	303.100	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.900	0	0	37.900	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.800	236.800
Pensión	1	303.100	303.100
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	1	37.900	37.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	587.700	587.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033746593	JIMMY SANTIAGO CASTILLO GOMEZ		carrera 56 n 151 51 interior 1 apto 302	3204889131	santiago92-07@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-10	\$587.700				

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Estratificación	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CDR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033746593	CASTILLO GOMEZ JIMMY SANTIAGO	59	0			N																	25-14	1.894.100	303.100	0	0	0	0	EPS005	1.894.100	236.800	14-23	1.894.100	1	9.900	CCF24	1.894.100	37.900	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 15 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	51809540	maria claudia gomez hernandez	Madre
------	----------	-------------------------------	-------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

JIMMY SANTIAGO CASTILLO GOMEZ
C.C. 1033746593

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICA QUE

Para efectos de la norma establecida en el numeral 4 del párrafo 2 del artículo 387 del Estatuto tributario, el Señor Jimmy Santiago Castillo Gómez, identificado con Cedula de Ciudadanía 1.033.746.593 de Bogotá, es hijo de la señora María Claudia Gómez Hernández, identificada con la cédula de ciudadanía 51.809.540 de Bogotá.

Que en la actualidad la señora María Claudia Gómez Hernández no obtiene ingresos propios, por lo cual cumple los criterios para figurar como dependiente del Señor Jimmy Santiago Castillo Gómez.

En constancia se firma a los 19 (diecinueve) días del mes de marzo de 2025.



Ivonne Carolina Gómez Ramirez

Contador Público

C.C. 52.977.245 de Bogotá

TP.186140-T

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.809.540**

GOMEZ HERNANDEZ,

APELLIDOS

MARIA CLAUDIA

NOMBRES

Maria Gomez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-1965**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

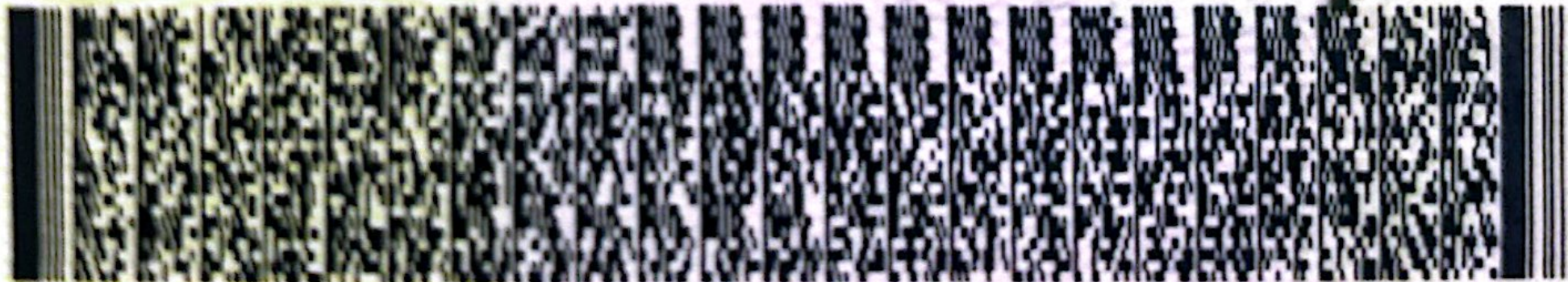
SEXO

30-MAY-1984 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00745289-F-0051809540-20150911

0046365534A 1

1163493161

SECRETARIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CODIGOS DE LOS MESES: MAYO 05 JUNIO 06 JULIO 07 AGOSTO 08
 SEP 09 OCTUBRE 10 NOV 11 DIC 12

REPUBLICA DE COLOMBIA
 REGISTRO CIVIL
 Superintendencia del Notariado y Registro
 REGISTRO DE NACIMIENTO
 IDENTIFICACION No.
 Parte básica: 92 07 09
 Parte com.: 53503

OFICINA REGISTRO CIVIL: (3) Clase Notaria Acad. Colegiada etc.: NOTARIA DIECIOCHO (18)
 Municipio, Municipio, Intendencia o Comisaria: (4) SANTAFE DE BOGOTA D.C.
 Codigo: (5) 7860

SECCION GENERAL
 INSCRITO: (6) Primer Apellido: CASTILLO (7) Segundo Apellido: GOMEZ (8) Nombre: JIMMY SANTIAGO
 SEXO: (9) Masculino o Femenino: Masculino (10) Fecha de Nacimiento: (11) Dia: 09 (12) Mes: JULIO (13) Año: 1992
 LUGAR DE NACIMIENTO: (14) Pais: Colombia (15) Departamento o Com.: Cundinamarca (16) Municipio: Santafé de Bogotá

SECCION ESPECIFICA
 DATOS DEL NACIMIENTO: (17) Clinica hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento etc. donde ocurrió el nacimiento: CLINICA LA MERCED
 (18) Hora: 9:00 AM
 (19) Documento Pres. (Lugar de nacimiento, Cert. Médico, Acta Particular etc.): TESTIGOS (20) Nombre del Profesional que certifica el nacimiento:

MADRE: (22) Apellidos (de soltera): GOMEZ HERNANDEZ (23) Nombre: MARIA CLAUDIA (24) Edad: 27
 (25) Identificación (clase y número): C.C. No. 51.809.540 de Bogotá (26) Nacionalidad: Colombiana (27) Profesión u oficio: Hogar

PADRE: (28) Apellido: CASTILLO INFANTE (29) Nombre: JIMMY IGNACIO (30) Edad: 30
 (31) Identificación (clase y número): C.C. No. 79.308.588 de Bogotá (32) Nacionalidad: Colombiana (33) Profesión u oficio: Oficial de la Policía

DENUNCIANTE: (34) Identificación (clase y número): C.C. No. 79.308.588 de Bogotá (35) Firma autografiada: [Firma]
 (36) Dirección postal y municipio: Escuela de Suboficiales Gonzalo Jiménez - JIMMY IGNACIO CASTILLO

TESTIGO: (38) Identificación (clase y número): C.C. No. 79.379.720 de Bogotá (39) Firma autografiada: [Firma]
 (40) Domicilio (Municipio): Cra 13 No. 4-86 (41) Nombre: ALVARO DE JESUS TORRES VILLALBA

TESTIGO: (42) Identificación (clase y número): C.C. No. 80.264.452 de Bogotá (43) Firma autografiada: [Firma]
 (44) Domicilio (Municipio): Calle 186A No. 35D-03 (45) Nombre: BERLANDO FLORIN LOPEZ

FECHA DE INSCRIPCION: (46) Día: 18 (47) Mes: Agosto (48) Año: 1992
 ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL
 FOLIO: 45

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO (ART. 113, DECRETO 1260 DE 1970)

LAS COPIAS DE REGISTRO CIVIL NO TIENEN VENCIMIENTO

(ART. 20. DECRETO 2189 de 1983)

Bogotá, D.C.

EL NOTARIO DIECIOCHO (18)



31 OCT 2005